

JA 山形おきたま デイサービスセンター「愛遊」

第 1 号通所介護および指定通所介護

【重要事項説明書】

山形おきたま農業協同組合の通所介護サービスにかかる重要事項について説明します。

1 事業者（法人）の概要

事業者（法人）	山形おきたま農業協同組合
所在地	山形県東置賜郡川西町大字上小松 978-1
業務の概要	営農指導事業 販売事業 金融事業 購買事業 共済事業 福祉事業 総合事業
連絡先	Tel 0238-46-3111 Fax 0238-46-3335
代表者名	代表理事組合長 若林 英毅

2 通所介護事業所の概要

（1）事業所の所在地等

事業所名	JA 山形おきたま デイサービスセンター「愛遊」
所在地	山形県米沢市広幡町上小菅 638-4
事業所指定番号	0 6 7 0 4 0 1 0 1 7 号
管理者	管理者 木村 美和子
連絡先	Tel 0238-36-0336 Fax 0238-37-2027
サービス提供地域	米沢市 川西町 高畠町 南陽市

（2）営業日及び営業時間

営業日	月曜日から土曜日（祝日も営業します）
相談受付時間	午前 8 時 15 分 ～ 午後 5 時 45 分
営業時間	午前 9 時 20 分 ～ 午後 4 時 30 分

※ 年末年始（12 月 31 日から 1 月 3 日まで）を除く。

（3）利用定員

第 1 号通所介護事業所および指定通所介護事業所 合計	30 名
-----------------------------	------

（4）職員の体制

職 種	従事するサービスの種類
管 理 者	1 名
生活相談員	2 名（常勤）
機能訓練指導員	4 名（非常勤）
看護師	3 名（非常勤）
介護職員	5 名（常勤） 5 名（非常勤）
調理員	3 名（常勤） 1 名（非常勤）
運転手	3 名（非常勤）他兼務
事務員	兼務

3 事業の目的及び運営の方針

①事業の目的

介護が必要と認定されたご利用者のケアプランに基づき、当事業所の介護職員等による通所介護サービスを実施します。介護職員等は、介護が必要と認定されたご利用者の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう通所介護サービスを通じて援助を行います。

②運営の方針

- ・ ご利用者に喜ばれ、一人ひとりを大切にするサービスを提供します。
- ・ 人間らしく生きることを大切にするサービスを提供します。
- ・ ご利用者本位のサービスを提供します。
- ・ 目配り、気配りを忘れず笑顔あふれるサービスを提供します。

4 サービスの内容

(1) 介護保険サービス（第1号通所型サービス(通所型サービス)を含む）の内容

種 類	内 容
通所介護計画の作成	1.利用者に係る居宅介護支援事業者が作成した居宅サービス計画（ケアプラン）に基づき、利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた通所介護計画を作成します。 2.通所介護計画の作成にあたっては、その内容について利用者またはその家族に対して説明し、利用者の同意を得ます。 3.通所介護計画の内容について、利用者の同意を得たときは、通所介護計画書を利用者に交付します。 4.それぞれの利用者について、通所介護計画に従ったサービスの実施状況及び目標の達成状況の記録を行います。
利用者居宅への送迎	1.事業者が保有する自動車により、利用者のご自宅と事業所までの間の送迎を行います。 2.身体状況にあった（車イス、歩行器等）対応を行います。 ※計画に位置づけられた内容の通所介護等を行うため、標準的な時間によることとされています。実際の通所介護の提供が計画上の所要時間より、「やむを得ず短くなった場合」には通常料金をいただきます。 なお「やむを得ず短くなった場合」とは、利用者の心身状況に加え、降雪等の急な気象状況の悪化等により、平時より時間を要した場合も該当します（厚生労働省）。
健康チェック	血圧測定等ご利用者の全身状態の把握を行います。
食事の提供及び介助	利用者の状況に応じて適切な食事の提供また介助を行うと共に、食事の自立についても適切な援助を行います。
入浴の提供及び介助	入浴の提供及び介助が必要な利用者に対して、入浴（全身浴・部分浴・機械浴）の介助や清拭（身体を拭く）、洗髪等を行います。
排泄の支援及び介助	介助が必要な利用者に対して、排泄への支援や介助、オムツ交換等を行います。
更衣の支援及び介助	介助が必要な利用者に対して、衣類の更衣介助等の支援を行います。
移動・移乗の支援及び介助	介助が必要な利用者に対して、室内外の移動、車イスへ移乗等の支援や介助を行います。
服薬の支援及び介助	介助が必要な利用者に対して、薬の確認、服薬の支援や介助、服薬の確認を行います。
機能訓練	1.機能訓練指導員により利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。 2.個別の利用者の状況・目標に対し適切に対応する観点から、個別の機能訓練実施計画を策定し、これに基づきサービス提供を行います。
相談及び援助	利用者その家族からのご相談に応じます。

※事業所内の活動では、安全面に配慮してサービスを提供します。万が一事故（転倒など）が発生した場合、サービス提供内の事故（転倒など）であっても当事業所の賠償責任の範囲外となることもありますので下記の内容について十分にご理解ください。

- ・機能訓練において、一定の転倒リスクが想定されるため、転倒リスクに関してのご理解をいただいた上で運動指導を含む活動を実施致します。
- ・スタッフが配置されていないスペースで活動された際の事故や、スタッフの指示を無視された行動による事故は、事業所の賠償責任の範囲外となります。
- ・体力測定や訓練などで普段使われていない筋肉や関節を動かすことで活動時間に関わらず筋肉痛や関節痛が出現する可能性があります。軽度の負荷から開始しますが不安な場合は事前にかかりつけ医へのご相談をお願いします。
- ・体力測定で最大筋力を測定する項目がありますが、心身に反動が生じる可能性もあるためご希望により実施致します。また、希望された場合でも疾患や心身状態から実施可否を判断させていただきます。

（２）通所介護従業者の禁止行為

通所介護従業者はサービスの提供に当たって、次の行為は行いません。

- ①利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、個人的書類などの預かり
- ②利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ③身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）
- ⑤その他利用者又は家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為
- ⑥送迎中の買物等の依頼

５ 利用料金

（１）利用者負担金は、介護保険の法令で定める次の介護給付費の１割（２割、３割）を負担していただきます。

①通所介護（通常規模）７～８時間

要介護度	利用者負担額(1割)	利用料 (1日当たり)
要介護 1	658 円	6,580 円
要介護 2	777 円	7,770 円
要介護 3	900 円	9,000 円
要介護 4	1,023 円	10,230 円
要介護 5	1,148 円	11,480 円
各種加算	利用者負担額(1割)	利用料 (1日当たり)
入浴加算 (Ⅰ)	40 円／回	400 円
個別機能訓練加算 (Ⅰ 2)	76 円／回	760 円
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18 円／回	180 円
介護職員処遇改善加算Ⅱ	9.0％／月	
科学的介護推進体制加算	40 円／月	400 円

②第1号通所型サービス（通所型サービス）1月定額

要介護度	利用者負担額(1割)	利用料（1月当たり）
要支援1	1,798 円	17,980 円
要支援2	3,621 円	36,210 円
各種加算	利用者負担額(1割)	利用料（1月当たり）
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)		
要支援1	72 円／月	720 円
要支援2	144 円／月	1,440 円
介護職員処遇改善加算Ⅱ	9.0％／月	
科学的介護推進体制加算	40 円／月	400 円

③その他の料金（実費個人負担）

昼食代	650 円（1食、おやつ代含む）
お持ち帰り弁当	550 円（デイ利用日、配偶者分同額）
パンツ・オムツ他	紙パンツ・オムツ 120 円 パット代 50 円 パット小 25 円
応急処置衛生用品	滅菌ガーゼ 50 円 ワンタッチパッド L70 円 M50 円 S30 円 防水フィルム大 100 円 中 70 円 小 50 円 髭剃り替刃 30 円

（2）介護保険給付限度額超過の場合

要介護度・要支援度別に定められている介護保険給付限度額を超過するサービス提供分については、超過分につき全額自己負担となります。

（3）利用者負担金の支払

月末締切の翌月 20 日（ただし、20 日が休日の場合は翌営業日とする）とし、原則として、契約者（または代理人）名義の金融機関口座振替（振替依頼書に基づく）で処理させていただきます。やむを得ず認定前にサービスを受けた場合など「償還払い」となる場合には、いったん利用者が利用料の全額を事業者支払い、利用者はその後市町から保険給付分（9割）を受けとることになります。

（4）キャンセル料

①利用者の都合でサービスを中止する場合は、下記のキャンセル料がかかる場合があります。ただし、利用者の様態の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要です。

時 期	キャンセル料	
	利用料金	昼食・おやつ代
サービス利用日 2 日前まで	かかりません	かかりません
サービス利用日の前日	利用者負担金の 50%	前日 16 時前にはかかりません 16 時以降は全額負担 650 円
サービス利用日の当日	利用者負担金の 100%	全額負担 650 円

②健康上の理由による中止

- ・感染症及び体調不良の際は、サービスの提供をお断りすることがあります。
- ・当日の健康チェック（またはお迎え時）の結果、体調が悪い場合、サービス内容の変更又は中止することがあります。その場合、家族に連絡のうえ適切に対応します。
- ・ご利用中に体調が悪くなった場合、家族に連絡のうえ、適切に対応します。また、必要に応じて速やかに主治医に連絡を取る等、必要な処置を講じます。

③利用者がサービスの変更又は中止する場合は、速やかに連絡ください。

キャンセル連絡先	Tel 0238-36-0336
----------	------------------

6 相談・苦情の窓口

（１）担当者の受付者

サービスについてのご相談やご不満がある場合には、どんなことでもお寄せ下さい。

相談・苦情の担当者	管理者 木村 美和子
当事業連絡先	JA 山形おきたま デイサービスセンター「愛遊」 Tel 0238-36-0336 Fax 0238-37-2027

（２）その他の相談窓口

山 形 県		置賜総合支庁 保健福祉環境部福祉課	Tel 0238-26-6029
国民健康保険団体連合会		山形県 国民健康保険団体連合会	Tel 0238-87-8006
市 町 村	米沢市	健康福祉部 高齢福祉課	Tel 0238-22-5111
	高畠町	町民課 介護保険係	Tel 0238-52-1288
	南陽市	福祉課 介護管理係	Tel 0238-40-3211
	川西町	福祉介護課 介護グループ	Tel 0238-42-6638
	長井市	福祉あんしん課 長寿介護係	Tel 0238-82-8011
	白鷹町	健康福祉課 介護保険係	Tel 0238-86-0213
	飯豊町	健康福祉課	Tel 0238-86-2233
	小国町	健康福祉課 福祉担当	Tel 0238-62-2330

7 第三者評価の実施状況について

当事業所は、第三者評価機関による評価を実施しておりません。

8 心身の状況等の把握

指定通所介護の提供に当たっては、利用者に係る居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議を通じて、利用者の心理の状況、その置かれている環境、他の保険医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとします。

9 居宅介護支援事業者等との連携

- ①通所介護サービスを提供するに当たり、利用者に係る居宅介護支援事業者その他保険医療サービス又は福祉サービスを提供する者との連携に努めるものとします。

- ②サービス提供の開始に際し、この重要事項説明に基づき作成する「通所介護計画」の写しを、利用者の同意を得たうえで居宅介護支援事業者に速やかに送付します。
- ③サービスの内容が変更された場合は、その内容を記した書面又はその写しを速やかに居宅介護支援事業者に送付します。

10 秘密保持の厳守

- (1) 当事業所で勤務するすべての職員は、サービス提供をするうえで知り得た利用者及びその家族に関する秘密・個人情報については、利用者又は第三者の生命・身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合を除いて、第三者に漏らすことはありません。
- (2) この守秘義務は、雇用契約終了後も同様とします。

11 個人情報の取扱い

- (1) 利用者の個人情報の取扱いについては個人情報保護法を遵守し、個人情報を扱う場合は事業者が定める個人情報保護に関する規定に従い、対応します。
- (2) 利用者のため居宅サービス計画に沿って、円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議、介護支援専門員と事業所等、医療機関、行政、民生委員との連絡調整において必要な場合、また国民健康保険団体連合会へ請求のための事務に使用します。
- (3) 利用者及び利用者の家族の個人情報を使用する期間はサービス利用契約期間とします。

12 事故発生の防止及び事故発生時の対応

- (1) 事故発生の防止
 - ①事故発生防止のための指針の整備
 - ②事故が発生した時又はそれに至る危険性がある事態が生じた時、その分析を通じた改善策に従業者に周知徹底する体制の整備
 - ③事故発生防止のための委員会及び介護職員その他の従業者に対する定期的な研修の実施
- (2) 事故発生時の対応
 - ①利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合、家族へ連絡すると共に、必要に応じ速やかに県・市町村への連絡など、必要な措置を講じます。
 - ②事業者は前項の事故の状況及び事故に際してとった処置について記録し、当該利用者の契約終了の日から5年間保存します。
 - ③賠償すべき事故の場合は、損害賠償を速やかに行います。

13 緊急時の対応

サービスの提供時に利用者の病状が急変した場合、その他必要な場合は、速やかに主治医や医療機関への連絡等必要な措置を講じ、ご家族、担当居宅介護支援事業者等へ連絡します。

14 虐待防止のための措置

- (1) 高齢者虐待防止法の実効性を高め、利用者の尊厳の保持・人格の尊重が達成されるよう、虐待防止に関する下記の措置を講じます。
 - ①虐待防止のための対策を検討する委員会の設置と従業者への周知
 - ②高齢者虐待防止のための指針の整備
 - ③虐待を防止するための従業者に対する定期的な研修の実施
 - ④利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備

- (2) サービス提供中に、当該事業所従業者又は介護者（家庭環境内で利用者を介助する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに関連行政へ通報します。

15 身体的拘束の適正化のための対策

利用者の身体的拘束の適正化のために身体的拘束適正化委員会を設置し、担当者を配置し定期的開催します。その結果について職員への周知のほか、指針の整備、研修を実施します。

原則として、利用者の権利を制限するような身体的拘束は行いません。ただし、下記のとおり、緊急やむを得ない理由により拘束せざるを得ない場合には、利用者及びその家族へ十分な説明をし、同意を得ると共に、その様態及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

- ①緊急性：直ちに身体的拘束を行わなければ、利用者または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合
- ②非代理性：身体的拘束以外に、利用者又は他人の生命・身体に危険が及ぶことを防止ができない場合
- ③一時性：利用者又は他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体的拘束を解く

16 衛生管理等

- ①通所介護従業者の清潔の保持や健康状態の管理のため、必ず毎年1回（必要時はそれ以上）健康診断を受けます。
- ②第1号通所介護および指定通所介護事業所の食器、その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。
- ③第1号通所介護および指定通所介護事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講じます。
- ④食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

17 感染症対策・業務継続に向けた取り組み

感染症や災害が発生した場合でも、必要なサービス継続的に提供できる体制を構築するために、下記の措置を講じます。

- ①感染症対策・業務継続に関する定期的な委員会の開催
- ②感染症対策・業務継続に関する指針の整備
- ③定期的な研修及び訓練の実施

18 ハラスメント対策の強化

事業者は、介護現場で働く職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようハラスメントの防止に向け取り組みます。

- (1) 事業所内において行われる優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超える下記の行為は組織として許容しません。

- ア 身体的な力を使って危害を及ぼす（及ぼされそうになった）行為
- イ 個人の尊厳や人格を言動によって傷つけたり、おとしめたりする行為
- ウ 意に添わない性的言動、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為

※上記は、当該法人職員、取引先事業者の方、ご利用者及びその家族等が対象となります。

(2) ハラスメント事案が発生した場合、マニュアル等を基に即座に対応し、再発防止会議等により、同時案件が再発しないための再発防止策を検討します。

(3) 職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施します。また、定期的に話し合いの場を設け、介護現場においてハラスメント発生状況の把握に努めます。

19 重要事項説明書の説明者

利用者に対して重要事項説明書を交付の上、第1号通所介護および指定通所介護事業所のサービス利用及び重要事項、また個人情報の取扱いについて説明を行いました。

事業所名	JA 山形おきたま デイサービスセンター「愛遊」
所在地	〒992-0084 山形県米沢市広幡町上小菅 638-4
説明日	令和 年 月 日
説明者	⑩

私は、重要事項説明書に基づいて第1号通所介護および指定通所介護事業所についての重要事項の説明を受け、その内容を同意の上、本書を受領しました。

また、個人情報の取扱いについて説明を受け、個人情報を使用することを了承します。

利用者	住所	〒
	氏名	⑩

代理人又は立会人	(代理人の場合) 私は、本人の意思契約を確認したので、本人に代わり、上記の署名を行いました。 (立会人の場合) 私は、上記の契約内容について説明を受け、内容を確認しました。			
	本人との関係		署名を代行した理由	
	住所	〒		
	氏名	⑩		
	Tel ()		Fax ()	